



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

MARCELLA VIEIRA ARCIRIO DE OLIVEIRA

**DIFERENCIAÇÃO POR QUALIDADE E COMPLEXIDADE NO
MERCADO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES**

BRASÍLIA/DF

2015

MARCELLA VIEIRA ARCIPIO DE OLIVEIRA

**DIFERENCIAÇÃO POR QUALIDADE E COMPLEXIDADE NO
MERCADO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES**

Monografia apresentada à
Universidade de Brasília como
exigência para obtenção do título
de Bacharel em Ciências
Econômicas.

Orientador: Victor Gomes e Silva

BRASÍLIA/DF

2015

MARCELLA VIEIRA ARCIRIO DE OLIVEIRA

**DIFERENCIAÇÃO POR QUALIDADE E COMPLEXIDADE NO
MERCADO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES**

Monografia apresentada à
Universidade de Brasília como
exigência para obtenção do título
de Bacharel em Ciências
Econômicas.

Orientador: Victor Gomes e Silva

Aprovada em 11/12/2015.

BANCA EXAMINADORA

Victor Gomes e Silva

Roberto de Góes Ellery Junior

BRASÍLIA/DF

2015

À minha amada família.

RESUMO

A recente análise realizada pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) no âmbito de um ato de concentração envolvendo o mercado de serviços médico-hospitalares suscitou discussões relativas à relevância dos fatores qualidade e complexidade como elementos de diferenciação entre concorrentes. Considerando que os segmentos de saúde em geral configuram-se como oligopólio diferenciado, e que a assimetria de informação é característica intrínseca a esses mercados, entende-se que a diferenciação por qualidade e complexidade constitui fatordeterminante no que diz respeito à capacidade de contestação do poder de mercado entre os concorrentes. Este trabalho tem por objetivo evidenciar a pertinência da inclusão de tais fatores como indicadores de proximidade concorrencial e rivalidade no mercado de serviços médico-hospitalares.

Palavras-chave: concorrência, rivalidade, qualidade, complexidade, hospital.

ABSTRACT

A recent analysis by the Administrative Council for Economic Defense (CADE) regarding a merger involving the medical and hospital services market raised discussions on the relevance of quality and complexity as elements of competitors' differentiation. Whereas health segments in general configure differentiated oligopolies, and that information asymmetry is an intrinsic feature of these markets, it is understood that the quality and complexity differentiation is a determining factor with regard to the capacity of market power contestation among competitors. This work aims to show the relevance of including such factors as competitive proximity indicators and rivalry in the medical and hospital services market.

Keywords: competition, rivalry, quality, complexity, hospital.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	O CASO ENVOLVENDO A AQUISIÇÃO DE HOSPITAIS GERAIS NO DISTRITO FEDERAL.....	3
2.1	Considerações iniciais	3
2.2	As partes envolvidas	4
2.3	O mercado relevante.....	4
2.4	Análise da sobreposição horizontal no mercado de hospitais gerais	5
3	PRODUTOS DIFERENCIADOS E PROXIMIDADE CONCORRENCIAL.....	7
3.1	Produtos diferenciados	7
3.2	Proximidade concorrencial	10
4	QUALIDADE E COMPLEXIDADE COMO INSTRUMENTOS DE DIFERENCIAÇÃO CONCORRENCIAL.....	12
4.1	Qualidade.....	12
4.2	Complexidade.....	17
5	ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO MEDIDA DE QUALIDADE E COMPLEXIDADE	19
6	ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é examinar a importância da inclusão dos fatores qualidade e complexidade na análise feita pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) no âmbito dos atos de concentração envolvendo o mercado de serviços médico-hospitalares, mais especificamente no segmento de hospitais gerais.

A jurisprudência do CADE vem adotando três indicadores para a verificação da participação de mercado no segmento de hospitais gerais: faturamento, número de internações e número de leitos não-SUS. Ocorre que, como se discutirá ao longo dessa dissertação, tais indicadores não são plenamente suficientes para mensurar todas as possíveis diferenças existentes entre os concorrentes deste mercado.

É comumente reconhecido que a definição de mercado relevante por si só não fornece orientações acerca dos prováveis efeitos competitivos de uma operação, como ressaltado por May e Noether (2014). A definição de mercado relevante fornece o cenário no qual se medirá a estrutura de mercado para avaliar a probabilidade de ocorrer aumento de preços, redução da quantidade ou declínio da qualidade dos serviços providos pelas partes.

Guerin-Calvert (2014) afirma que medidas de estruturas de mercado sozinhas se mostraram indicadores pobres acerca de efeitos competitivos de uma operação. A autora alega que as partes da operação e as agências desejam estruturas que capturem completamente os efeitos de uma fusão/aquisição, incluindo qualidade, benefícios e eficiências, provendo previsões confiáveis acerca dos efeitos competitivos, fundamentadas na realidade do mercado.

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (2012), os mercados de serviços hospitalares diferem substancialmente dos mercados competitivos comuns descritos em livros. Devido aos diferentes tipos de tratamento e diferentes localizações geográficas dos hospitais, a oferta de serviços hospitalares é diferenciada. Pelo lado da demanda, a informação é imperfeita. Serviços hospitalares e de saúde em geral são considerados *credence goods* (“bens de reputação” ou “bens de experiência”), ou

seja, bens para os quais o consumidor tem dificuldade de decidir acerca de sua qualidade, tanto antes quanto após o consumo. Para este tipo de bem, o impacto de sua utilidade é de difícil ou impossível mensuração pelo consumidor.

Acerca da assimetria de informação, Folland, Goodman e Stano (2008) afirmam que os consumidores podem ou não saber quais médicos são bons, capazes ou mesmo competentes, ao mesmo tempo que podem não saber se estão doentes ou o que fazer caso estejam. Para os autores, esta falta de informação normalmente torna o consumidor dependente do prestador de uma forma particular. O prestador oferece tanto a informação quanto os serviços, levando à possibilidade de interesses conflitantes.

Segundo Dulleck, Kerschbamer e Sutter (2011), as assimetrias de informação que prevalecem nos mercados de bens de reputação conduzem o mercado a diversos tipos de ineficiências. A título de exemplo, os autores citaram o caso de um consumidor que leva seu carro para consertar em uma oficina. O vendedor experiente pode ter incentivos a trapacear o consumidor em várias dimensões, como por exemplo trocar uma quantidade de peças além do necessário para consertar o carro. Tal caso é descrito como *overtreatment* (“sobretreatamento” ou tratamento excessivo), uma vez que os benefícios adicionais ao consumidor são menores do que os custos. O reparo feito pelo mecânico pode também ser insuficiente, deixando o consumidor com uma conta a pagar mas com um carro que ainda não funciona corretamente, situação descrita como *undertreatment* (subtratamento). Outra forma de o ofertante fraudar o consumidor se dá por meio da tarifação excessiva (*overcharging*), na qual o vendedor cobra do consumidor por mais do que foi efetivamente feito.

De acordo com o experimento de Dulleck, Kerschbamer e Sutter (2011), a responsabilidade de prover um serviço de qualidade boa o suficiente para atender à necessidade dos consumidores aparenta ter um efeito forte não somente na probabilidade de comércio nos mercados de bens de reputação estudados, mas também na sua eficiência. Aparentemente a responsabilidade torna atrativo aos consumidores negociar com os vendedores, uma vez que o subtratamento é excluído por definição. Os autores também afirmam que permitir que competidores construam reputações tem pouca influência sobre a eficiência do mercado, e que a

competição entre os vendedores tende a reduzir preços e elevar o volume de comércio, mas não leva à máxima eficiência se a responsabilidade de prover serviços de qualidade for violada.

Tem-se ainda que o mercado de hospitais gerais é um mercado de produtos diferenciados, no qual a concorrência se dá por meio de fatores como qualidade, fidelização ou imagem, e não tanto a nível de preços, como será melhor detalhado nas seções a seguir.

Ainda que a qualidade seja uma característica de difícil mensuração, ela constitui fator de relevância considerável na escolha do consumidor por um serviço médico-hospitalar. Tal relevância deve ser levada em consideração na análise realizada pelo CADE no âmbito das operações envolvendo o setor hospitalar, principalmente na investigação acerca da rivalidade entre as empresas fusionadas e suas concorrentes.

Além da qualidade, a complexidade da instituição hospitalar também representa uma característica importante na diferenciação entre os concorrentes no mercado. Isto porque determinados procedimentos de complexidade mais elevada são ofertados em uma quantidade mais restrita de hospitais, diferenciando o processo concorrencial entre eles. Além disso, a variedade de especialidades médicas atendidas pela instituição e a diversidade de equipamentos disponíveis são elementos que intensificam a diferenciação entre os hospitais. Novamente, como será discutido de forma mais profunda nas seções a seguir, é primordial que tal aspecto seja abordado nas análises dos atos de concentração envolvendo serviços hospitalares.

2 O CASO ENVOLVENDO A AQUISIÇÃO DE HOSPITAIS GERAIS NO DISTRITO FEDERAL

2.1 Considerações iniciais

Em 2012, foi submetido à avaliação do CADE um ato de concentração que tratava da aquisição pela Rede D'Or de ações de emissão do Medgrupo e suas controladas, abrangendo também ações do Hospital Santa Lúcia.

A análise da operação incluiu considerações sobre elementos relativos a qualidade e complexidade, que foram de fundamental importância para a conclusão acerca dos efeitos competitivos do ato de concentração proposto.

A seguir é apresentado um breve resumo do caso e das observações feitas durante a investigação realizada pelo Conselho.

2.2 As partes envolvidas

A Rede D'Or é um grupo que atua principalmente no segmento de serviços médico-hospitalares, que até o momento da notificação da operação possuía participação em mais de 40 sociedades localizadas em diversas unidades da federação como Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo. No Distrito Federal, a Rede D'Or controlava o Hospital Santa Luzia, o Hospital do Coração e a Acreditar Oncologia.

O Medgrupo tem sua atuação principal nos mercados de serviços médico-hospitalares e de serviços de apoio à medicina diagnóstica, controlando, até a notificação da operação, as seguintes sociedades no Distrito Federal: Hospital Santa Lúcia, Hospital Santa Helena, Hospital Maria Auxiliadora, Hospital Renascer, Hospital Prontonorte, Centro Radiológico de Brasília e Centro Radiológico do Gama.

2.3 O mercado relevante

O ato de concentração resultava em sobreposição horizontal nos mercados de hospital geral e de apoio à medicina diagnóstica, bem como integração vertical entre os mesmos e os serviços de plano de saúde. No que é relevante para este trabalho, tem-se que, de acordo com a jurisprudência do CADE, definiu-se o mercado relevante em sua dimensão produto como o mercado de hospitais gerais.

A segmentação dos serviços médico-hospitalares entre centros médicos, hospitais gerais, hospitais para casos graves e hospitais especializados se dá em função da diferença na cesta de serviços fornecidos, do grau de complexidade e do grau de especialidade que cada um disponibiliza ao consumidor. A jurisprudência do CADE tem incluído no mercado de hospitais gerais apenas hospitais classificados como hospital geral de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Tais hospitais fornecem serviços de emergência e internação em

uma cesta de especialidades da medicina, diferentemente dos hospitais especializados, que atendem apenas uma ou algumas especialidades.

A definição do mercado relevante geográfico teve uma particularidade em sua análise, uma vez que considerou, além do raio adotado pela jurisprudência do CADE, o fator “fluxo de pacientes”. Tal variável, destacada pelo parecer emitido pela Superintendência Geral do CADE (SG), revelou que não seria razoável incluir determinados hospitais localizados em regiões administrativas (RA) externas ao Plano Piloto. Considerando que o fluxo de pacientes que residem no Plano Piloto para hospitais localizados em na região administrativa de Taguatinga é baixo, julgou-se imprudente incluí-los no mesmo mercado relevante, apesar de o fluxo contrário ser significativo.

Por outro lado, os dados coletados durante a instrução do processo indicaram haver fluxo significativo de pacientes que residem no Plano para hospitais localizados na região administrativa do Lago Sul, de forma que entendeu-se que tais hospitais deveriam fazer parte do mercado relevante da operação. Definiu-se, portanto, o mercado relevante da operação como os hospitais gerais dentro do raio de 10 km ou 20 minutos a partir das unidades adquiridas, incluindo a região administrativa do Lago Sul e excluindo a região administrativa de Taguatinga.

2.4 Análise da sobreposição horizontal no mercado de hospitais gerais

A fim de avaliar os efeitos da sobreposição horizontal, foram observados os três principais indicadores utilizados pelo CADE para análise da participação de mercado no segmento de hospitais gerais: internações, leitos e faturamento. Tais indicadores mostraram que a Rede D’Or detinha entre 50 e 60% do total de internações, 60,4% dos leitos e entre 60 e 70% do faturamento dos hospitais gerais na área geográfica em questão.

Discutiu-se ainda o fato de os hospitais gerais não ofertarem serviços homogêneos que possam ser dimensionados exclusivamente por indicadores de escala (por exemplo, leitos). Segundo a Superintendência Geral do CADE, o item qualidade foi incorporado à investigação devido à existência de informações nos autos de que a diferença de qualidade entre os hospitais do Distrito Federal poderia

ensejar algumas particularidades à análise da competição no mercado, dados os perfis dos hospitais adquiridos.

A SG apontou que de, acordo com a OCDE¹, a qualidade é uma variável importante no mercado de hospitais gerais. Apesar de não ser capaz de medir com exatidão o nível de qualidade de determinada instituição, o consumidor possui uma percepção de qualidade decorrente de atendimentos passados, indicação do médico ou de outras pessoas que o auxiliam no momento da escolha do serviço. Ainda que essa escolha seja limitada pelas opções fornecidas pelo plano de saúde, o consumidor optará pelo hospital com melhor qualidade, sob sua percepção.

As respostas fornecidas pelos hospitais concorrentes e pelo Medgrupo reforçaram a tese de que a qualidade é um atributo importante nesse mercado, apesar de não permitirem concluir acerca da existência de uma acreditação oficial quanto ao nível de qualidade ou complexidade dos hospitais gerais. Pelas respostas apresentadas pelos hospitais concorrentes, a SG afirmou ser possível inferir que os hospitais Santa Lúcia, Santa Luzia e Anchieta² possuem nível de qualidade acima dos demais hospitais do Distrito Federal.

Outra evidência constatada pelo CADE acerca da diferença de qualidade entre os hospitais é o credenciamento dos hospitais pelos planos de saúde com base no tipo de plano. Segundo informações colhidas, somente os planos de saúde mais elevados possuíam atendimento nos hospitais Santa Lúcia e Santa Luzia, enquanto os planos de saúde mais básicos não tinham credenciamento com estes dois hospitais.

O CADE entendeu que a diferenciação ou a variedade de serviços deve ser considerada como um segundo fator determinante da rivalidade, em particular quando na análise da capacidade de um hospital de absorver desvios de demanda e sua potencial habilidade de substituição na oferta dos serviços.

¹“Increasing demand and expectations seem to indicate that patients are responsive to quality and therefore susceptible to choosing where they want to be treated. In the United Kingdom, for example, surveys show that 75% of patients want to choose where they receive their care and, granted the choice, 30% of patients deviate from the default option. Also, in this country, research indicated that choice is particularly relevant to those who would not be able to afford it, suggesting that competition can also increase quality”.

² O Hospital Anchieta não foi incluído no mercado relevante da operação, por estar localizado na região administrativa de Taguatinga.

O Conselheiro Relator realizou instrução complementar solicitando às Requerentes e concorrentes que informassem as especialidades médicas que ofertavam. Adicionalmente, a partir de dados disponíveis no CNES, avaliou a quantidade e variedade de equipamentos, bem como o perfil da equipe médica vinculada a cada hospital. Tais indicadores evidenciaram que os hospitais Santa Lúcia e Santa Luzia ocupam posição de destaque dentre os demais concorrentes no mercado, tendo forte proximidade concorrencial, além da geográfica. Concluiu-se, portanto, que a Rede D'Or deteria os dois maiores e mais complexos hospitais do Distrito Federal, não havendo outros concorrentes capazes de rivalizar efetivamente em termos de escala ou de diferenciação de serviços.

O ato de concentração foi aprovado com a condição de alienação do Hospital Santa Lúcia ou do Hospital Santa Luzia e Hospital do Coração, bem como com restrições à adequação da cláusula de não concorrência.

3 PRODUTOS DIFERENCIADOS E PROXIMIDADE CONCORRENCIAL

3.1 Produtos diferenciados

Losekann e Gutierrez (2002) afirmam que os produtos podem ser diferenciados segundo diversos aspectos como local da oferta, qualidade do produto, percepção da marca, especificações técnicas, desempenho ou confiabilidade, durabilidade, custo de utilização, assistência técnica e suporte ao usuário, dentre outros. Os autores alegam que basta que os consumidores percebam os produtos como diferentes, isto é, que tenham preferências subjetivas distintas, para ocorrer diferenciação do produto.

De acordo com Porter (1989), uma empresa diferencia-se da concorrência se puder ser singular em alguma coisa valiosa para os compradores. A diferenciação é um dos dois tipos de vantagem competitiva de que uma empresa pode dispor. O autor afirma ainda que o ponto até o qual os concorrentes em uma indústria conseguem diferenciar-se um do outro constitui elemento importante da estrutura industrial. A diferenciação permite que a empresa peça um “preço-prêmio”, venda um maior volume do seu produto por determinado preço ou obtenha benefícios

equivalentes, como maior lealdade do comprador durante quedas cíclicas ou sazonais.

Besanko et al. (2003) definem a vantagem por diferenciação (*differentiation advantage*) como uma das maiores estratégias para obter vantagens competitivas, ou seja, para obter uma taxa de lucro maior do que a média para a indústria em que atua. Os autores afirmam que, quando na busca por uma vantagem por diferenciação, as empresas buscam oferecer maior percepção de benefício enquanto mantêm custos comparáveis a seus concorrentes.

Porter (1989) afirma que uma empresa pode diferenciar-se por meio da amplitude de suas atividades, ou de seu escopo competitivo. Como exemplo, o autor citou a empresa *Crown Cork and Seal*, a qual oferece coroas (tampas de garrafa) e maquinaria de enchimento, além de latas. Isto é, a empresa oferece uma linha completa de serviços de embalagem aos seus compradores, e sua experiência com maquinaria de embalagem confere-lhe uma maior credibilidade e acesso na venda de latas.

Losekann e Gutierrez (2002) alegam que as indústrias nas quais a diferenciação de produto se constitui em um importante instrumento de concorrência são classificados como oligopólio diferenciado. Nessas indústrias, os gastos com comercialização e publicidade são elevados, assim como os esforços para inovação. O contínuo surgimento de novos produtos resulta em uma tendência à instabilidade estrutural, que só não é mais acentuada porque os gastos com vendas e o processo de inovação são caracterizados pela cumulatividade.

Observa-se, portanto, que o mercado de serviços hospitalares caracteriza-se como oligopólio diferenciado, uma vez que existe determinada distinção entre os concorrentes considerando a diversidade e a complexidade de procedimentos ofertados aos pacientes. Ou seja, uma das formas de diferenciação no setor de serviços hospitalares se dá por meio da amplitude de sua atuação, como mencionado por Porter (1989). A diferenciação por qualidade, ainda que mais subjetiva, também permite identificar disparidades entre os concorrentes no mercado de serviços médico-hospitalares.

Como mencionado por May e Noether (2014), tem se observado largamente que pacientes viajam distâncias mais longas em busca de serviços mais complexos. Os autores ressaltam ainda que as equipes médicas de hospitais concorrentes podem variar sistematicamente por especialidades e essa variação pode afetar a natureza da competição por diferentes serviços providos por hospitais.

May e Noether (2014) apontam ainda que a diferença de qualidade (real ou percebida) dentre os hospitais pode influenciar suas forças competitivas em linhas de serviço específicas. Em um mercado de produtos diferenciados, como o de serviços médico-hospitalares, diversos fatores afetam as particularidades do ambiente competitivo enfrentado por qualquer concorrente.

Segundo Losekann e Gutierrez (2002) a diferenciação é ao mesmo tempo uma arma agressiva, na medida em que a empresa está buscando garantir uma demanda maior para seus produtos, e defensiva, porque é uma forma de garantir sua posição no mercado em que atua.

É evidente que a diferenciação entre os concorrentes reflete na competitividade do mercado em que atuam. Cabe avaliar, então, o quanto a diferenciação por qualidade e complexidade interfere na capacidade dos *players* do mercado de hospitais gerais de rivalizar entre si.

Em seu artigo, Karaer e Erhun (2014) avaliam as estratégias de inibição de entrada das firmas incumbentes utilizando qualidade como um fator impeditivo enfrentado pelos potenciais entrantes. Investigaram as configurações de mercado que motivaram as firmas incumbentes a: (i) bloquear a entrada (impedindo novos entrantes sem fazer esforço adicional); (ii) impedir a entrada com esforço adicional; ou (iii) permitir a entrada do novo concorrente. Concluíram que as firmas incumbentes podem tanto usar investimento excessivo para afastar e investimento reduzido para acomodar entrantes, a depender das características de custo e de mercado, retratando o *tradeoff* entre o investimento e a geração de demanda pela qualidade.

Segundo Ruiz, Hecktheuer e Oliveira (2015), a diferenciação entre concorrentes e seus impactos no desempenho das firmas e da indústria como um todo é um persistente debate em organização industrial. A teoria das barreiras à

entrada (Bain, 1956) foi a que primeiro indicou uma assimetria entre concorrentes, afirmando que empresas incumbentes tinham vantagens em relação a potenciais entrantes, e tais vantagens permitiam a elevação de preços e a obtenção de lucros supranormais.

De acordo com os autores, em um segundo momento, a fragmentação do espaço concorrencial progrediu, uma vez que as firmas incumbentes tornaram-se assimétricas ou heterogêneas e a elas foram dados variados graus de liberdade na formação de estratégia. Essa diferenciação entre concorrentes e estratégias foi progressivamente se afirmando no debate sobre organização industrial e também na política antitruste, onde argumentos sobre rivalidade e interação estratégica ganharam força.

3.2 Proximidade concorrencial

Segundo o guia para análise econômica de atos de concentração horizontal, expedido pela Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda (SEAE/MF) e pela Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça (SDE/MJ) em 2001, em mercados de produtos diferenciados a probabilidade de o poder de mercado ser exercido unilateralmente aumenta à medida que uma parcela significativa de seus consumidores não possam desviar suas compras para os provedores de produtos substitutos. Isto ocorrerá quando parcela expressiva dos consumidores considerar os produtos ofertados pelas empresas concentradas como primeira e segunda escolhas e quando as opções seguintes não forem substitutos próximos. O grau de substituição é menor quando as características técnicas dos produtos são bastante rígidas, quando a marca do produto é o principal fator de decisão do consumidor, ou quando as informações sobre as distintas combinações de preço e qualidade disponíveis no mercado são de difícil compreensão.

Como relatado por Ruiz, Hecktheuer e Oliveira (2015), diversos guias de análise antitruste de outras jurisdições indicam a necessidade de diferenciar, classificar e hierarquizar os concorrentes, buscando identificar quais seriam os principais contestadores do poder de mercado da empresa resultante de uma operação de concentração horizontal.

Segundo Besanko et al. (2003), produtos tendem a ser substitutos próximos quando possuem as mesmas ou semelhantes características de desempenho, quando possuem as mesmas ou similares ocasiões de uso e quando são vendidos no mesmo mercado geográfico.

Para o mercado do qual trata este trabalho, é importante identificar, portanto, o grau de substituição entre os hospitais gerais que compõem um mesmo mercado geográfico, considerando a hierarquização dos concorrentes em termos de qualidade, bem como a amplitude de especialidades médicas e procedimentos que podem ser ofertados aos clientes, além da variedade e quantidade de equipamentos disponíveis no hospital. Ou seja, é necessário que se avalie características qualitativas e estruturais a fim de identificar a proximidade concorrencial dos agentes.

Acerca do ato de concentração relatado na seção anterior, Ruiz, Hecktheuer e Oliveira (2015) pontuaram que a observação do mercado relevante permitiu concluir que os hospitais Santa Lúcia e Santa Luzia eram concorrentes próximos e somente eles seriam rivais efetivos um do outro. Os concorrentes remanescentes não possuíam capacidade ociosa e variedade de serviços para absorver desvios de demanda. Afirmaram ainda que a diferenciação criou um subgrupo de concorrentes próximos e identificou forte redução da concorrência intra-grupo pós-fusão, de modo que a possibilidade de concorrentes de outros subgrupos migrarem contestando o poder de mercado foi considerada improvável.

Ruiz, Hecktheuer e Oliveira (2015) destacam ainda que de forma ponderada e em algum momento, colocou-se em segundo plano a concentração de mercado ou mesmo as participações de mercado, incorporando-se à análise a proximidade concorrencial, a similaridade entre agentes e os potenciais e diferenciados desvios de demanda.

4 QUALIDADE E COMPLEXIDADE COMO INSTRUMENTOS DE DIFERENCIAÇÃO CONCORRENCIAL

4.1 Qualidade

Segundo a OCDE (2012), a concorrência nos mercados de saúde, em particular no setor de serviços hospitalares, pode promover melhores incentivos aos provedores de serviços para que trabalhem de forma eficiente e forneçam melhores resultados aos pacientes. O sucesso da concorrência, no entanto, muitas vezes depende dos ambientes regulatório e institucional de um país, bem como das respostas dos consumidores e provedores de serviços de saúde. Dessa forma, tem-se que o aumento da competitividade nos mercados de saúde raramente implica na abolição da regulação. Pelo contrário, a introdução bem sucedida da concorrência frequentemente depende do desenvolvimento de uma regulação apropriada. Em um setor no qual a qualidade é difícil de ser mensurada até mesmo *ex post* e no qual consumidores regularmente enfrentam assimetrias de informação na tomada de decisões, a regulação tem papel ativo para assegurar o bom funcionamento dos serviços de saúde.

Ainda de acordo com a OCDE (2012), a forma como os preços são determinados e como a remuneração de serviços hospitalares em geral é determinada é importante. Em mercados de hospitais com regulação de preços limitada e sistemas de pagamento que dão margem a generosos reembolsos de atividades hospitalares, os hospitais talvez não tenham incentivos suficientes para ser eficientes e os pacientes serão mais sensíveis à qualidade ou serviços adicionais. Em mercados com sistemas de pagamento menos generosos, os hospitais tendem a competir por preços, porém deixando a qualidade abaixo de níveis considerados ótimos.

Santos (2008) afirma que a formação dos preços de instituições hospitalares, normalmente, é resultado da interação entre os prestadores de serviço e as operadoras de planos de saúde (OPS) no mercado privado. Isto significa que algumas dessas instituições podem fazer parte da rede credenciada de determinadas OPS, mas estes prestadores podem não participar da rede credenciada de outras OPS. Ademais, uma parte significativa da receita dos

prestadores de serviço médico-hospitalar provém dos contratos assinados com as OPS no mercado privado. Mas este fato somente estabelece que o consumidor que contribui diretamente na formação de preços, neste setor, não é o paciente e sim a OPS, que pode ou não demandar (credenciar) um conjunto desses serviços. Em grande medida, tal decisão dependerá das estratégias e/ou restrições dadas pela OPS: maximização de lucro, aumento de participação no mercado, nível de renda e quantidade de beneficiários de sua carteira, etc.

Kessler e McClellan (2000), desenvolveram um dos primeiros estudos na tentativa de desenhar inferências sobre efeitos causais da concorrência na qualidade de serviços hospitalares, considerando o impacto da concentração de mercado medida pelo HHI³ na qualidade dos serviços hospitalares medida por meio da taxa de mortalidade por ataque cardíaco. Os resultados demonstram que a qualidade é substancialmente maior em mercados menos concentrados. Pacientes em mercados mais concentrados tinham probabilidades de morte 1.46 pontos acima daqueles em mercados menos concentrados.

Bijlsma, Koning e Shestalova (2013) estudaram a relação entre competição e qualidade no mercado hospitalar holandês após a reforma no setor de saúde. Os autores concluem que o aumento da atenção para a qualidade dos hospitais e sua crescente importância no contexto da reforma levou a um aumento voluntário da divulgação de indicadores de qualidade por hospitais holandeses. Os resultados sugerem que a concorrência entre hospitais pressiona margens de lucro, forçando os hospitais a aumentar suas eficiências produtivas. Além disso, a concorrência pode prover incentivos a melhorias em indicadores de qualidade que podem ser facilmente observados pelos pacientes e percebidos como sinal de qualidade, como por exemplo o tempo que o paciente precisa esperar para um diagnóstico e a frequência de avaliações de rotina feitas em pacientes crônicos.

Segundo Karaer e Erhun (2014), a qualidade pode ser definida de maneira ampla como qualquer atributo do produto que aumenta a satisfação do usuário final e, portanto, a vontade de comprar. Tais atributos podem ser fatores como confiabilidade, serviço ou variedade. Os autores afirmam que a qualidade

³ Herfindahl-Hirschman Index, índice que mede o grau de concentração do mercado relevante. Calculado pela soma dos quadrados das participações individuais das firmas participantes do mercado relevante.

surgiu como uma estratégia vital nos últimos anos e redefiniu a dinâmica da concorrência.

Para Besanko et al. (2003), quando uma firma aumenta sua qualidade, ela passa a vender mais a qualquer nível de preços e a sua demanda passa a ser mais inelástica em relação aos preços, resultando em uma curva de demanda mais íngreme conforme a qualidade aumenta.

Tay (2003) afirma que a diferenciação de qualidade é especialmente importante na indústria hospitalar, onde as escolhas dos pacientes não são afetadas por preços. Segundo a autora, o mercado de hospitais é verticalmente diferenciado por qualidade e horizontalmente diferenciado de acordo com a localização geográfica. Uma vez que viajar é dispendioso, existe um *tradeoff* entre o tempo de viagem e a qualidade, *tradeoff* este que dá poder de mercado aos hospitais.

A autora alega ainda que a qualidade do serviço hospitalar é multidimensional, e os demandantes podem avaliar cada aspecto da qualidade de forma diferente. Medidas de qualidade podem ser baseadas em insumos de produção tais como o quadro de funcionários do hospital e a disponibilidade de tratamentos específicos, como também nos resultados dos pacientes como índices de mortalidade e complicações.

De acordo com Tay (2003) a demanda de um hospital é negativamente afetada pela distância do paciente e positivamente afetada pela qualidade. O artigo conclui que mudanças em termos de qualidade têm efeitos substanciais na demanda do hospital, sugerindo que diferenças de qualidade são importantes na determinação da demanda e que estas devem ser levadas em consideração quando na estimação dos efeitos da concorrência sobre o comportamento dos hospitais.

Para Ruiz, Hecktheuer e Oliveira (2015), a diferenciação de serviços por qualidade e a variedade de serviços devem ser consideradas como fatores determinantes da rivalidade, em particular quando na análise da capacidade de um hospital de absorver desvios de demanda.

Santos (2008) afirma que a dimensão qualidade dos serviços médico-hospitalares tende a apresentar uma correspondência com um conjunto de preços

desses serviços; assim, a qualidade poderia ser relacionada à variável renda do paciente; esta última variável pode ser (indiretamente), em alguns casos, determinante na competição, pelo consumidor, entre duas ou mais instituições que prestam serviços médico-hospitalares.

Santos (2008) destaca ainda que a variável qualidade (corpo médico, procedimentos, equipamentos, instalações, entre outras) tende a diferenciar os serviços neste setor, de modo que a observação de alguma forma de acreditação pode contribuir para uma melhor identificação da dimensão produto. Neste sentido, afirma que existem algumas instituições que aplicam procedimentos que, em alguns casos, visam: i) a classificação desses prestadores de serviço médico-hospitalar em níveis; e ii) em outros casos, a certificação junto àquela instituição acreditadora.

A qualidade, no entanto, é uma variável de complexa mensuração. Na literatura existem diversas tentativas de elaborar indicadores de qualidade para serviços médico-hospitalares, como taxas de reinternação após determinados tratamentos ou cirurgias, índice de mortalidade após procedimentos específicos e até a qualidade reportada por enfermeiros, como se verá a seguir. Há também um esforço por parte de instituições independentes, como mencionado por Santos, para certificar e hierarquizar prestadores de serviços de saúde.

Em 1995, Albert Wu já descrevia as dificuldades de se formular indicadores de qualidade para hospitais. Segundo o autor, resultados de tratamentos em hospitais são uma função das características do paciente, da qualidade dos cuidados e do acaso. Quando hospitais são diferentes, é importante saber quanto dessa variação resulta de diferenças na gravidade da doença, da qualidade do tratamento e de eventos aleatórios. Para Wu, métodos de ajuste de risco projetam os resultados que poderiam ser esperados se os mesmos pacientes fossem internados em cada hospital, enquanto há uma imensa matriz de variáveis que podem descrever as condições de um paciente.

Wu (1995) ressalta ainda que a demanda pela transparência dos provedores de serviços de saúde deve ser balanceada por uma avaliação responsável que assegure conclusões válidas, e que desenhar conclusões de resultados agregados sem calcular apropriadamente os vieses, confusões e poder

estatístico pode levar a inferências e políticas errôneas. Estratégias efetivas para desenvolver, aplicar e disseminar dados de desempenho serão vitais para melhorar a tomada de decisão e a qualidade dos cuidados.

Tronchin et al. (2009) destacam que os indicadores destinados a avaliar e monitorar a qualidade de um serviço, visando o acesso à eficiência, eficácia, confiabilidade e completude dos processos de trabalho constituem prática valiosa para avaliação dos serviços de saúde. As autoras ressaltam que devem ser verificadas a acurácia, precisão, validade, credibilidade e sensibilidade do indicador, dentre outros fatores. Há de se considerar também a importância de serem elaborados indicadores passíveis de análise e de comparação com padrões internos e externos à instituição.

Shih e Dimick (2014) estudam a confiabilidade das taxas de reinternação nos 30 dias após a realização de cirurgias cardíacas como uma medida de desempenho hospitalar. Os autores ressaltam que a confiabilidade das taxas de desempenho hospitalar está ligada ao volume de amostras de cada hospital. Hospitais com menos amostras podem reduzir a confiabilidade do indicador de resultados, afetando a habilidade de discriminar entre hospitais de alta e baixa qualidade. O estudo demonstrou falta de confiabilidade estatística no uso de taxas de reinternação 30 dias após a cirurgia como uma medida de qualidade hospitalar.

De acordo com McHugh e Stimpfel (2012), a presença de enfermeiros acompanhando pacientes desde a admissão no hospital até o fim do tratamento os torna informantes confiáveis acerca da qualidade da assistência hospitalar. Os autores concluem que as percepções de qualidade dos enfermeiros correspondem a outros indicadores de qualidade como índices de mortalidade, insucesso no salvamento e índices de satisfação de pacientes, bem como medidas do processo assistencial.

Xian et al. (2012) estudaram as variações de índices de mortalidade por derrame com relação a derrames isquêmicos e hemorrágicos. Os autores pontuam que esforços de comunicação pública atualmente determinam perfis de hospitais como base nas taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral, mas que a agregação de casos de acidente vascular cerebral hemorrágico e isquêmico pode

impactar essas taxas. A conclusão foi de que o índice de mortalidade varia consideravelmente de acordo com o tipo de derrame. Isto é, a depender do tipo de derrame, o indicador teria resultados diferentes, afetando a medida de qualidade.

O Hospital Israelita Abert Einstein, segundo informações disponíveis em seu sítio eletrônico, monitoria a qualidade e a segurança da assistência por meio de indicadores estratégicos, como índices de infecções hospitalares relacionadas à assistência da saúde, que incluem: (i) infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central na UTI adulto; (ii) pneumonia associada a ventilação mecânica na UTI adulto; (iii) infecção do trato urinário associada a sonda vesical na UTI adulto; e (iv) infecção do sítio cirúrgico em cirurgias limpas. Além desses, o hospital possui indicadores específicos para atendimentos de urgência e emergência, cardiologia, neurologia, ortopedia e reumatologia e transplantes, bem como outros indicadores de resultados clínicos⁴.

4.2 Complexidade

Os estudos de McCrum et al. (2014) indicam que a complexidade de um hospital, isto é, a variedade de serviços e tecnologias que são providas aos pacientes, constitui uma importante característica estrutural com implicações significativas sobre os resultados obtidos pelos pacientes. Os autores analisaram 382.372 internações em 2.691 hospitais nos Estados Unidos. Para procedimentos cirúrgicos de alto risco, um maior índice de complexidade hospitalar está associado a menores taxas de mortalidade nos trinta dias após a operação, independentemente do tamanho e localização geográfica do hospital ou nível socioeconômico da população atendida.

O Hospital 9 de Julho informa em sua página na internet que o tratamento de alta complexidade compreende atender pacientes que apresentam patologias ou condições que afetam a sua saúde sob vários aspectos. São casos que demandam o atendimento por equipes médicas multidisciplinares muito bem preparadas e com o auxílio dos melhores recursos tecnológicos disponíveis em medicina. O hospital afirma ainda que muitas vezes o atendimento de alta complexidade está relacionado com a ocorrência de emergências, situações em que o atendimento rápido e preciso

⁴<http://www.einstein.br/qualidade-seguranca-do-paciente/Paginas/qualidade-seguranca-do-paciente.aspx>. Acessado em 05/12/2015.

pode fazer a diferença entre a vida e a morte. Contudo, o hospital ressalta que mesmo cirurgias pré-agendadas podem se tornar procedimentos complexos se o paciente necessitar durante ou após a operação do apoio de equipes multiprofissionais e de alta tecnologia para resolução do problema⁵.

A complexidade aparenta ser um indicador mais fácil de ser identificado e mensurado. Ainda que leigos tenham dificuldade em hierarquizar a complexidade de procedimentos, pode-se de maneira geral afirmar que um hospital geral é mais complexo se oferta uma variedade maior de serviços e procedimentos. Isto é, o atendimento de uma diversidade maior de especialidades médicas pode indicar um nível mais elevado de complexidade hospitalar.

É evidente, no entanto, que a variedade de oferta deve ser ponderada pela qualidade dos serviços prestados, de modo que os indicadores de qualidade e complexidade devem ser avaliados de forma conjunta quando na tentativa de verificar a proximidade concorrencial dos *players* nos mercados de saúde.

A complexidade também pode ser mensurada pelo grau de especialização médica e pelos equipamentos e materiais dos quais o hospital dispõe. Uma maior quantidade de equipamentos mais modernos e de alta tecnologia pode indicar tanto um grau maior de complexidade quanto uma qualidade de atendimento mais elevada.

Como mencionado, na análise do ato de concentração referido acima, o CADE utilizou dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde acerca dos equipamentos disponíveis e especialidades médicas atendidas pela equipe médica vinculada ao hospital para hierarquizar os concorrentes de acordo com sua complexidade. Solicitou-se também, por meio de ofícios, a identificação das especialidades médicas atendidas por cada hospital, que identificou mais claramente as diferenças existentes entre os concorrentes em termos de estrutura.

⁵<http://www.hospital9dejulho.com.br/institucional/Paginas/alta-complexidade.aspx>. Acessado em 05/12/2015.

5 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR COMO MEDIDA DE QUALIDADE E COMPLEXIDADE

De acordo com Feldman, Gatto e Cunha (2005), a avaliação de qualidade na saúde iniciou-se no século passado, quando foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) que estabeleceu, em meados de 1924, o Programa de Padronização Hospitalar, o qual definiu um conjunto de padrões considerados mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Tais padrões referiam-se às condições necessárias aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho, não levando em consideração outras necessidades ou serviços como o dimensionamento da equipe de enfermagem, a avaliação dos resultados com o paciente e elementos da estrutura física do hospital.

Em 1952, a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH), formada pelo CAC em parceria com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, o Colégio Americano de Clínicos e a Associação Americana de Hospitais, delegou oficialmente o programa de acreditação à *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, que publicou manuais contendo padrões ótimos de qualidade que envolviam processos e resultados da assistência.

Atualmente, segundo informações disponíveis no sítio eletrônico da instituição, a *Joint Commission* avalia e credencia mais de 21.000 organizações e programas de saúde nos Estados Unidos. Uma organização independente e sem fins lucrativos, a *Joint Commission* é a maior e mais antiga organização de acreditação no setor de cuidados da saúde. Para ganhar e manter o *The Joint Commission's Gold Seal of Approval™* ("selo de acreditação ouro"), uma organização deve ser submetida a um exame no local por uma equipe de pesquisa da *Joint Commission* pelo menos a cada três anos. A *Joint Commission* possui uma unidade internacional que realiza creditações em hospitais fora dos Estados Unidos. Diversos hospitais brasileiros são acreditados pela *Joint Commission International*.

No sistema de saúde brasileiro, Feldman, Gatto e Cunha (2005) relatam que as iniciativas de classificação e categorização de hospitais e outros serviços de saúde sempre pertenceram ao poder público. Os esforços nesse sentido datam da década de 30, como o Censo Hospitalar do Estado de São Paulo, que formulou uma

proposta de regionalização e hierarquização de serviços, porém não chegou a ser implementada. Em 1951, com o Primeiro Congresso Internacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, foram estabelecidos os primeiros padrões mínimos para centros cirúrgicos, abrangendo aspectos da planta física e da organização da unidade hospitalar.

Atualmente, o processo de acreditação hospitalar no Brasil é feito por intermédio da Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente.

Segundo informações disponíveis no sítio da ONA, na década de 1990, instituições de saúde e governos começaram a se preocupar fortemente com a avaliação dos serviços oferecidos à população. Nesse período surgiram as primeiras iniciativas regionais de acreditação e o Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe, publicado pela Federação Brasileira de Hospitais, Federação Latino-americana de Hospitais e Organização Pan-americana de Saúde.

A ONA foi fundada em 1999 por entidades públicas e privadas do setor de saúde. Sua criação está ligada às mudanças que ocorreram após a Constituição de 1988, que definiu a saúde como um direito de todo cidadão. Desde sua criação, a ONA coordena o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), que reúne organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras em prol da segurança do paciente e da melhoria do atendimento.

A ONA define acreditação como um sistema de avaliação e certificação de qualidade de serviços de saúde. Tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial/governamental, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado. A Organização informa ainda que o processo de acreditação é pautado por três princípios fundamentais: (i) é voluntário, feito por escolha da organização de saúde; (ii) é periódico, com avaliação das organizações de saúde para certificação e durante o período de validade do certificado; e (iii) é reservado, isto é, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas.

Ao final do processo de avaliação para acreditação, a instituição avaliada obterá um dos seguintes resultados: não acreditado, acreditado, acreditado pleno ou acreditado com excelência. As segmentações se dão de acordo com requisitos de padrões estabelecidos no Manual Brasileiro de Acreditação, além de normas específicas para o processo de avaliação. O Manual Brasileiro de Acreditação está disponível para compra no sítio eletrônico da ONA.

De acordo com o documento intitulado “Conceitos para o Sistema Brasileiro de Acreditação - ONA”, de março de 2014, o SBA considera as seguintes dimensões da qualidade: aceitabilidade, adequação, efetividade, eficácia, eficiência, equidade, integralidade e legitimidade. Tais dimensões orientam a avaliação do desempenho organizacional. Além disso, é avaliada também a estrutura, que se refere às condições em que os cuidados são prestados. Tal elemento engloba recursos materiais como instalações e equipamentos, recursos humanos como o número, variedade e qualificação dos profissionais e pessoal de apoio, características organizacionais como a organização da equipe médica, o ensino e os tipos de supervisão e de avaliação de desempenho, entre outros.

Para tanto, são utilizados indicadores de estrutura (área física, recursos humanos, materiais, financeiros, sistemas de informação, etc.), de processos (medem as ações e procedimentos da prestação do serviço, seguindo critérios técnico-científicos, de diagnósticos, de protocolos, etc.) e de resultados (correspondem ao resultado da assistência prestada, verificados por meio da aferição da melhora no estado de saúde do usuário ou mortalidade, como também nível de satisfação do indivíduo e da população).

Segundo informações disponíveis na terceira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (2002) publicado pelo Ministério da Saúde, o Instrumento de Avaliação é composto de sete seções, com seus fundamentos. A lógica é que as seções interagem entre si, permitindo com que a organização de saúde seja avaliada com uma consistência sistêmica. As seções apresentam subseções, que tratam do escopo específico de cada serviço, setor ou unidade, sendo que todas possuem o mesmo grau de importância dentro do processo de avaliação. Para cada subseção existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões procuram avaliar estrutura, processo e resultado dentro de

um único serviço, setor ou unidade. Cada padrão apresenta uma definição e uma lista de itens de orientação alinhados com os itens considerados pertinentes aos princípios. Os itens apontam as fontes onde os avaliadores podem procurar as evidências ou o que a organização de saúde pode apresentar para indicar como cumpre com os requisitos de um determinado padrão. Os itens norteiam o processo de visita e a preparação da Organização Prestadora de Serviços Hospitalares para a Acreditação. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente, e estes com princípios específicos, cuja constatação é baseada em itens considerados pertinentes a eles.

As sete seções são: liderança e administração, serviços profissionais e organização de assistência, serviços de atenção ao paciente/cliente, serviços de apoio ao diagnóstico, serviços de apoio técnico e abastecimento, serviços de apoio administrativo e infraestrutura, e ensino e pesquisa.

No nível 1, cujo princípio é a segurança, as exigências contemplam o atendimento a requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada dos profissionais e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

No nível 2 os princípios são segurança e organização e as exigências contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, e práticas de auditoria interna.

O nível 3 tem como princípios segurança, organização e práticas de gestão e qualidade. As exigências deste nível contêm evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de: estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários. Evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.

As organizações acreditadoras de instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares aparentam ser, atualmente, fontes de informações confiáveis e comparáveis acerca da qualidade das organizações de saúde. Por meio das diferentes classificações emitidas pela ONA, é possível, em alguma instância, hierarquizar concorrentes dentro de um mercado relevante.

Entretanto, cabe destacar que a avaliação é voluntária, e portanto nem todos os prestadores de serviços médico-hospitalares se submetem ao processo de acreditação, o que pode dificultar a comparação entre os *players*. Além disso, como se verá a seguir, níveis de excelência no tratamento não necessariamente indicam maior complexidade da unidade hospitalar. É possível que vários hospitais possuam a mesma classificação perante organizações acreditadoras, mas ainda assim sejam bastante distintos em termos de estrutura e complexidade.

6 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A fim de ilustrar o que se discutiu durante este trabalho, foi realizado estudo para comparar hospitais gerais localizados no município de São Paulo. Vale salientar que nem todos os hospitais estudados compreendem o mesmo mercado relevante, em sua dimensão geográfica, conforme adotado pela jurisprudência do CADE⁶.

Os hospitais selecionados para o estudo foram: Hospital Israelita Albert Einstein (unidade Morumbi), Hospital Sírio Libanês (unidade Bela Vista), Hospital Rede D'Or São Luiz (unidades Morumbi e Itaim), Hospital Samaritano, Hospital Santa Catarina, Hospital 9 de Julho, Hospital São Camilo (unidade Pompeia), Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.

Para a análise comparativa entre os hospitais, foram utilizados os seguintes indicadores: (i) leitos não-SUS; (ii) variedade de equipamentos; (iii) quantidade de equipamentos; (iv) variedade de especialidades médicas ofertadas; (v) quantidade de médicos vinculados ao hospital e (vi) creditações hospitalares. Os dados relativos aos equipamentos e especialidades médicas foram recolhidos a partir da base de dados do CNES. Os dados acerca das creditações hospitalares foram coletados dos sítios eletrônicos dos hospitais, da ONA e da *Joint Commission*. As tabelas abaixo descrevem os resultados obtidos.

Tabela 1 – Leitos não-SUS

Hospital Israelita Albert Einstein Morumbi	657
Hospital São Joaquim Beneficência Portuguesa	509
Hospital Sírio Libanês Bela Vista	439
Hospital Santa Catarina	310
Hospital Rede D'Or São Luiz Itaim	274
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	262
Hospital Samaritano	243
Hospital 9 de Julho	224
Hospital São Camilo Pompeia	214
Hospital Rede D'Or São Luiz Morumbi	203

Fonte: CNES.

⁶ Como já salientado, para definição do mercado relevante geográfico, o CADE vem utilizando um raio de 10 km ou 20 minutos de deslocamento. Alguns hospitais do estudo apresentado encontram-se a uma distância maior do que 10 km.

O hospital Albert Einstein, em sua unidade no bairro do Morumbi, possui uma quantidade de leitos expressivamente maior do que os demais hospitais analisados. O hospital São Joaquim Beneficência Portuguesa tem a segunda maior quantidade de leitos, seguido pelo Sírio Libanês. Os demais hospitais avaliados possuem, em média, 250 leitos.

Tabela 2 – Equipamentos

	% do total de tipos de equipamentos (1)	% do total de equipamentos (2)
Hospital Israelita Albert Einstein Morumbi	82,7%	23,0%
Hospital São Joaquim Beneficência Portuguesa	60,0%	18,0%
Hospital Sírio Libanês Bela Vista	85,3%	17,1%
Hospital Santa Catarina	45,3%	9,0%
Hospital Rede D'Or São Luiz Itaim	28,0%	5,7%
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	45,3%	3,8%
Hospital Samaritano	40,0%	7,7%
Hospital 9 de Julho	34,7%	4,9%
Hospital São Camilo Pompeia	44,0%	4,0%
Hospital Rede D'Or São Luiz Morumbi	57,3%	6,7%

Fonte: CNES.

Foram identificados 75 tipos de equipamentos, conforme as informações disponíveis no CNES. A coluna 1 descreve em termos percentuais a variedade de equipamentos disponíveis em cada hospital. O hospital com a maior diversidade de tipos de equipamentos é o hospital Sírio Libanês, que possui 64 dos 75 tipos identificados. Em segundo lugar no quesito variedade de equipamentos está o hospital Albert Einstein, com 62 dos 75 tipos de equipamentos. O hospital Beneficência Portuguesa ocupa o terceiro lugar, dispondo de apenas 45 dos 75 tipos de equipamentos identificados.

Tais dados já permitem concluir que a comparação entre os *players* no que tange unicamente a leitos não mensura as reais diferenças estruturais entre os hospitais. A unidade Itaim do hospital São Luiz, por exemplo, possui mais leitos do que o hospital Oswaldo Cruz, entretanto a relação se inverte no que diz respeito à variedade de equipamentos disponíveis.

Cabe pontuar, entretanto, que não se possui conhecimento suficiente para identificar quais tipos de equipamentos poderiam ser substituídos por outros. Isto é, não se averiguou se existem, por exemplo, dois tipos de equipamentos

capazes de exercer a mesma função. Tal ponto pode ser relevante, uma vez que se um hospital detiver dois equipamentos diferentes que são substitutos entre si em termos de finalidade, a medida de variedade de equipamentos pode estar calculada incorretamente.

A coluna 2 apresenta o percentual de cada hospital em relação à quantidade total de equipamentos. O hospital Albert Einstein é líder nesse quesito, seguido pela Beneficência Portuguesa e pelo hospital Sírio Libanês. Assim como ocorre no indicador de variedade de equipamentos, o indicador de quantidade total de equipamentos também não hierarquiza os fornecedores na mesma ordem que o indicador de leitos. Isto é, existem hospitais com menos leitos que detêm maior número de equipamentos.

Tabela 3 – Especialidades médicas

	% do total de especialidades (1)	% do total de médicos (2)
Hospital Israelita Albert Einstein Morumbi	71,6%	14,3%
Hospital São Joaquim Beneficência Portuguesa	79,7%	33,7%
Hospital Sírio Libanês Bela Vista	58,1%	11,3%
Hospital Santa Catarina	37,8%	1,4%
Hospital Rede D'Or São Luiz Itaim	58,1%	10,0%
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	17,6%	1,2%
Hospital Samaritano	66,2%	7,0%
Hospital 9 de Julho ⁷	1,4%	0,0%
Hospital São Camilo Pompeia	70,3%	16,7%
Hospital Rede D'Or São Luiz Morumbi	45,9%	4,3%

Fonte: CNES.

A partir do cadastro de profissionais disponível no CNES, identificou-se a existência de 74 especialidades médicas diferentes. O hospital líder em variedade de especialidades é o São Joaquim (Beneficência Portuguesa). Em seguida encontram-se os hospitais Albert Einstein e São Camilo. É interessante destacar que o hospital São Camilo possui a segunda menor quantidade de leitos dentre os hospitais estudados. Todavia, de acordo com a lista de profissionais vinculados ao hospital, a unidade Pompeia seria capaz de atender 70% do total de especialidades médicas identificadas.

⁷ As informações disponíveis no CNES acerca dos profissionais vinculados ao Hospital 9 de Julho aparentam estar incompletas ou desatualizadas. O sítio eletrônico da instituição afirma que existem mais de 4500 médicos cadastrados, enquanto no CNES consta apenas 1.

A coluna 2 identifica o percentual relativo à quantidade total de médicos vinculados a cada um dos hospitais. Contudo, é importante ressaltar que tal medida pode indicar um resultado deturpado, considerando que: (i) o mesmo médico pode estar vinculado a dois ou mais hospitais diferentes e (ii) o mesmo médico pode estar cadastrado como especialista em mais de uma especialidade médica. Ou seja, a quantidade bruta de médicos pode não refletir o real cenário estrutural do hospital. De todo modo, ajustes podem ser realizados a fim de melhorar a acurácia do indicador.

A última tabela identifica as creditações realizadas pelos hospitais junto às instituições acreditadoras.

Tabela 4 – Acreditações hospitalares

Hospital Israelita Albert Einstein Morumbi	Joint Comission International (desde 12/1999)
Hospital São Joaquim Beneficência Portuguesa	-
Hospital Sírio Libanês Bela Vista	Joint Comission International (desde 12/2007)
Hospital Santa Catarina	ONA - Acreditado com excelência (val. 01/16)
Hospital Rede D'Or São Luiz Itaim	Joint Comission International (desde 08/2009)
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Joint Comission International (desde 08/2014)
Hospital Samaritano	Joint Comission International (desde 12/2004)
Hospital 9 de Julho	Joint Comission International (desde 03/2012)
Hospital São Camilo Pompeia	Joint Comission International (desde 03/2012)
Hospital Rede D'Or São Luiz Morumbi	Joint Comission International (desde 08/2014)

Fonte: *Joint Comission International* e ONA.

Observa-se que 8 dos 10 hospitais analisados possuem acreditação junto à *Joint Comission International*. O hospital Santa Catarina é o único que possui acreditação ainda válida junto à ONA. É interessante destacar que o hospital São Joaquim Beneficência Portuguesa, hospital que ocupou posição de destaque no que diz respeito a quantidade de leitos, variedade de equipamentos e variedade de especialidades médicas não possui nenhum tipo de acreditação hospitalar.

A análise realizada corrobora o argumento de que a diferenciação entre os concorrentes no mercado de serviços médico-hospitalares vai além do que pode ser mensurado pelos indicadores de leitos, faturamento e internações. Existem

diferenças estruturais relativas à variedade de equipamentos e especialidades médicas que são ofertadas aos pacientes, e tais diferenças são capazes de constituir barreiras à plena competição entre os hospitais.

Ainda que um hospital possua quantidade expressiva de leitos, pode ocorrer de o mesmo não deter equipamentos ou médicos vinculados que sejam suficientes para habilitá-lo a realizar atendimentos de alta complexidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permite concluir que a diferenciação entre os concorrentes no mercado de serviços médico-hospitalares no que diz respeito à qualidade e à complexidade é fator que merece ser abordado nas análises antitruste realizadas pelo CADE. Por se tratar de um mercado caracterizado como oligopólio diferenciado com assimetrias de informação, as diferenças entre os concorrentes do mercado de hospitais gerais não podem ser mensuradas unicamente por meio de indicadores de escala como leitos, internações e faturamento. Como demonstrado no exercício realizado, hospitais com número de leitos semelhantes podem diferir significativamente em termos de estrutura.

A inclusão de indicadores de cunho mais qualitativo é essencial para evidenciar o grau de rivalidade entre os concorrentes. É importante que se avalie a proximidade concorrencial entre os *players*, visando garantir que o mercado possua rivalidade suficiente para afastar preocupações de ordem concorrencial, inibindo eventuais exercícios de poder de mercado. Tal rivalidade deve ser mensurada em termos de capacidade (leitos), complexidade (variedade de especialidades médicas e de equipamentos disponíveis) e qualidade.

Ainda que não haja uma forma precisa de se medir a qualidade de um serviço médico-hospitalar, é interessante que tal fator seja incorporado à análise, pois a própria percepção dos clientes acerca da qualidade já denota preferências na escolha do consumidor e diferenças de competitividade entre fornecedores.

Ademais, medidas de complexidade como especialidades médicas e equipamentos se mostraram indicadores relevantes para captar os níveis de

diferenciação entre os concorrentes. Juntamente com o número de leitos, tais elementos ajudam a descrever características estruturais de um hospital, enriquecendo a análise comparativa entre os *players*.

Entende-se que a análise antitruste para os mercados de serviços médico-hospitalares deve ser feita de modo a integrar todos os indicadores mencionados acima, contemplando os indicadores já utilizados pelo CADE e ponderando-os com os elementos relativos à complexidade e à qualidade hospitalar.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATO DE CONCENTRAÇÃO Nº 08700.004150/2012-59. Ato de Concentração Rede D'Or São Luiz S.A. e Medgrupo Participações S.A. Versão pública do Parecer Técnico nº 273 da Superintendência-Geral. Conselho Administrativo de Defesa Econômica, Distrito Federal, 2012.

ATO DE CONCENTRAÇÃO Nº 08700.004150/2012-59. Ato de Concentração Rede D'Or São Luiz S.A. e Medgrupo Participações S.A. Versão pública do voto do Conselheiro Relator Ricardo Machado Ruiz. Conselho Administrativo de Defesa Econômica, Distrito Federal, 2013.

BESANKO, David; DRANOVE, David; SHANLEY, Mark; SCHAEFER, Scott. *Economics of Strategy*, 3a ed., 2002.

BIJLSMA, Michiel; KONING, Pierre; SHESTALOVA, Victoria. The Effect of Competition on Process and Outcome Quality of Hospital Care in the Netherlands. *De Economist*, v.161(2), p. 121-155, 2013.

DULLECK, Uwe; KERSCHBAMER, Rudolf; SUTTER, Matthias. The Economic of Credence Goods: An Experiment on the Role of Liability, Verifiability, Reputation and Competition. *The American Economic Review*, v. 101, n. 2, p. 526-555, 2011.

FELDMAN, Liliane; GATTO, Maria Alice; CUNHA, Isabel. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.18 (2), p. 213-219, 2005.

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen; STANO, Miron. *A economia da saúde*, 5a ed. 2008.

GUERIN-CALVERT, Margaret. Competitive effects analyses of hospital mergers: Are we keeping pace with dynamic healthcare markets? *The Antitrust Bulletin*, v.59, n. 3, p. 505-513, 2014.

GUIA SEAE (2001). Guia para análise de Atos de Concentração Horizontal. Ministério da Fazenda, Secretaria de Acompanhamento Econômico, Distrito Federal, 2001.

KARAER, Özgen; ERHUN, Feryal. Quality and entry deterrence. *European Journal of Operational Research*, v. 240, p. 292-303, 2014.

KESSLER, Daniel; MCCLELLAN, Mark. Is hospital competition socially wasteful? *The Quarterly Journal of Economics*, v.115 (2), p. 577-615, 2000.

KUPFER, David; HASENCLEVER, Lia. Economia industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil, 2002.

LOSEKANN, L.; GUTIERREZ, M. Diferenciação de produtos. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. (Org.). Economia Industrial. Fundamentos teóricos e práticas no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002. p.91-128.

Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, 3. ed.. Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf

MAY, Sean; NOETHER, Monica. Unresolved questions relating to market definition in hospital mergers. *The Antitrust Bulletin*, v. 59, n. 3, p. 479-503, 2014.

MCCRUM, Marta L.; LIPSITZ, Stuart R.; BERRY, William R.; JHA, Ashish K.; GAWANDE, Atul A. Beyond volume: does hospital complexity matter? *Medical Care*, v. 52, n. 3, 2014.

MCHUGH, Matthew; STIMPFEL, Amy. Nurse Reported Quality of Care: A Measure of Hospital Quality. *Research in Nursing & Health*, v. 35, p. 566-575, 2012.

Normas Orientadoras.

OCDE. Competition in Hospital Services. Policy Roundtables, 2012.

PORTER, Michael. Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior, 1989.

RUIZ, Ricardo; HECKTHEUER, Leticiá; OLIVEIRA, Marcella. Proximidade concorrencial em oligopólio diferenciado: algumas observações a partir de um caso de hospitais. In: MENDONÇA, Elvino; GOMES, Fábio; MENDONÇA, Rachel (orgs.). *Compêndio de Direito da Concorrência: Temas de Fronteira*, p. 65-99, 2015.

SANTOS, Thompson. Determinação de mercados relevantes no setor de saúde suplementar. Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE). Documento de trabalho nº 46. Março de 2008. Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/central-de-documentos/documentos-de-trabalho/documentos-de-trabalho-2008>

SHIH, Terry; DIMICK, Justin. Reliability of Readmission Rates as a Hospital Quality Measure in Cardiac Surgery. *The annals of thoracic surgery*, v. 97(4), p. 1214 -1218, 2014.

TAY, Abigail. Assessing competition in hospital care markets: the importance of accounting for quality differentiation. *The Rand Journal of Economics*, v. 34, n. 4, p. 786-814, 2003.

TRONCHIN, Daisy; MELLEIRO, Marta; KURCGANT, Paulina; GARCIA, Andressa; GARZIN, Ana Claudia. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 30 (3), p. 542-546, 2009.

XIAN, Ying; HOLLOWAY, Robert; PAN, Wenqin; PETERSON, Eric. Challenges in assessing hospital-level stroke mortality as a quality measure. *Stroke*, v. 43(6), p. 1687-90, 2012.

WU, Albert. The measure and mismeasure of hospital quality: appropriate risk-adjustment methods in comparing hospitals. *Annals of Internal Medicine*, v. 122(2), p. 149-150, 1995.